

1. Клинические рекомендации: миопия / ред. совет: общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов» - Москва, 2017. - 46 с.
2. Левченко О.Г. Патогенетические особенности близорукости / О.Г. Левченко, Г.А. Гусев. – М.: Медицина - 2015. – С. 340-342.
3. Рочева С.Л. Дифференцированный подход к ведению беременности и родов у женщин с миопией. Дис. канд. мед. наук. М.; 2006.
4. Письмо Минздрава России от 06.05.2014 N 15-4/10/2-3190 "О направлении клинических рекомендаций "Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода" [Электронный источник]/<http://docs.cntd.ru/document/456016809/> (дата обращения 31.10.2019).
5. Клинические рекомендации: регматогенная отслойка сетчатки / ред. совет: общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов» - Москва, 2017. - 26 С.
6. G.Iancu. Particularities of myopia in pregnancy /G.Iancu,V. Coviltir,R.Iancu, C.Corbu // Gineco.eu-2013.-Vol.9. - №34- P. 196-199.

УДК61.618.3-008.64

**В.В.Ракитина, А.А.Харлова, А.В.Сысоева, М.В.Коваль**  
**АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА БЕРЕМЕННОСТИ С УЧЕТОМ**  
**ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРАВИДОГРАММ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**V.V. Rakitina, A.A. Kharlova, A.V. Sysoeva, M.V. Koval**  
**ANTENATAL RISK FACTORS FOR PREGNANCY,**  
**TAKING INTO ACCOUNT THE CHARACTERISTICS OF**  
**GRAVIDOGRAMS**

Department of obstetrics and gynecology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный e-mail:** vvrakitina@yandex.ru

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования по оценке выявления антенатальных факторов риска беременности с учетом анамнестических данных и показателей гравидограмм в различных регионах России: пациенток с Воскресенского республики Башкортостан и сравнение их с показателями по г. Екатеринбург, Свердловская область.

**Abstract.** The article presents the results of a study evaluating the identification of antenatal risk factors for pregnancy, taking into account anamnestic data and indicators of gravidograms of native people of the Voskresensky village, the Republic of Bashkortostan, and comparing them with indicators for Yekaterinburg, Sverdlovsk Region.

**Ключевые слова:** антенатальные факторы риска, гравидограммы, ЗВУР.

**Keywords:** antenatal factors risk, gravidograms, IUGR.

### **Введение**

В настоящее время на беременную женщину воздействует множество внешних и внутренних неблагоприятных факторов, которые могут непосредственно влиять на течение и исход беременности. Частота прерывания беременности в первом триместре составляет около 40% от всех состоявшихся беременностей [1]. Перинатальная смертность в России по данным МЗ РФ - 4,9‰, частота перинатальных неврологических осложнений не имеет тенденции к снижению - около 20%. Все антенатальные факторы риска разделяют на три группы:

- Социально – биологические факторы (возраст младше 18 и старше 35 лет, низкий уровень образования, низкий социальный статус, курение).

- Экстрагенитальная патология (острые и хронические инфекционные заболевания, заболевания ССС, МВП, ЖКТ; дефицит или избыток массы тела)

- Акушерско-гинекологические (токсикоз, угроза, преэклампсия, многоплодная беременность, беременности с интервалом менее 2-х лет, нарушение менструальной функции в анамнезе и другая гинекологическая патология) [2]. Вышеперечисленные группы факторов риска оказывают прямо пропорциональное влияние на показатели гравидограммы, следовательно, в практическом акушерстве есть смысл тщательного рассмотрения данного метода, как своеобразного маркера выявления факторов риска на развитие плода.

Гравидограмма является скрининговым методом выявления задержки внутриутробного развития плода. Прогностическая ценность ВДМ увеличивается при регулярном измерении и графическом изображении показателей в виде гравидограммы. Данный график должен быть приложением к каждой обменной карте. Начиная с 20 недель беременности ВДМ должна измеряться при каждом посещении. При исследовании методом пальпации определяют положение плода (результат оценивается только при продольном положении) и сантиметровой лентой измеряется расстояние от верхнего края лона до самой отдаленной точки дна матки. Если ВДМ более, чем на 2 см ниже нормы, возникает подозрение на ЗВРП, маловодие или меньший срок беременности, чем установлено. Если ВДМ более, чем на 2 см больше нормы, можно заподозрить многоплодную беременность, крупный плод, многоводие [3]. Кроме того, на гравидограммах регистрируются основные показатели рутинного клинического и лабораторного обследования беременных, что позволяет оценивать динамику указанных параметров.

Несмотря на единые законодательные документы (приказы), клинические рекомендации протоколы лечения в каждом регионе РФ, безусловно, есть свои особенности, влияющие на течение беременности и исходы родов у пациенток каждой территории. В связи с этим особый интерес приобретает сравнение антенатальных факторов риска беременности у женщин различных регионов Российской Федерации.

**Цель исследования** – сравнить возможность выявления антенатальных факторов риска беременности с помощью анализа анамнестических данных и показателей гравидограмм беременных женщин различных регионов Российской Федерации.

#### **Материал и методы исследования**

В ретроспективное когортное исследование включены 70 беременных женщин, по территориальному принципу, выделено две группы: жительницы села Воскресенского республики Башкортостан ( $n=35$ ) и жительницы г.Екатеринбурга, Свердловской области ( $n=35$ ). Проведен углубленный анализ обменно-уведомительных карт беременных (ф. N 113/у), пациенток включенных в исследование. Особое внимание уделяли анамнестическим факторам риска: социально-биологическим, наличие гинекологической, экстрагенитальной патологии. Течение настоящей беременности оценивали по результатам гравидограмм, представленных в обменных картах пациенток.

По исходу беременности в каждой группе сформированы две подгруппы: с благоприятным исходом беременности (подгруппа А) и неблагоприятным исходом беременности (подгруппа Б). К критериям благоприятного исхода относились доношенный ребенок с массой при рождении от 2800 до 4000 г и высокая оценка по шкале Апгар (8-9-10 баллов); к неблагоприятным – недоношенность, ЗВУР. Для статистического анализа данных и построения графиков использовали пакеты прикладных программ Microsoftoffice 2012. Сравниваемые параметры описывали простым указанием среднего количества и доверительный интервал в виде средне-квадратичного отклонения для каждой категории. Для оценки достоверности различий в исследуемых группах использовались критерий Хи-квадрат и критерий Стьюдента. Критический уровень значимости принимали  $\leq 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациенток в основной и контрольной группе составил  $27,58 \pm 0,75$  лет и  $29,8 \pm 0,6$  лет, рост –  $160,1 \pm 1,03$  см и  $164,6 \pm 0,5$  см, вес (до беременности)  $69,5 \pm 2,18$  кг и  $74,16 \pm 1,84$  кг, ИМТ –  $25,5 \pm 0,81$  и  $27,3 \pm 0,57$  в основной и в группе контроля соответственно. Достоверных различий между группами по данным параметрам не выявлено, таким образом группы были клинически сопоставимы. Оценка анамнестических и социальных факторов перинатального риска, таких как паритет родов, беременностей в анамнезе, число случаев невынашивания беременности и аборт, срок постановки на учёт, вредные привычки, уровень образования, социальная занятость – выявила ряд закономерностей.

Число беременностей в анамнезе достоверно выше было в первой группе и составило  $4,08 \pm 0,3$  и  $2,77 \pm 0,24$  ( $p=0,001$ ); однако во второй группе (пациентки города Екатеринбург) число аборт в анамнезе было больше и составило в среднем 0,6 случаев на одну пациентку против 0,2 в республике Башкортостан. Также в второй группе оказалось больше количество случаев невынашивания беременности в анамнезе, чем в Башкортостане и составило – 0,5 и 0,2 случая соответственно на одну пациентку. Эта закономерность объяснима тем, что прерывание беременности влечет за собой гормональные, воспалительные, аутоиммунные осложнения, что в дальнейшем может стать причиной нарушения имплантации и осложненного течения беременности.

Пациентки первой группы (г. Екатеринбург) вставляли на учёт в более ранние сроки (средний срок постановки на учёт в женскую консультацию пациенток основной группы составил  $8,1 \pm 1,2$  недель, во второй –  $14,01 \pm 0,47$  недель, различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ ), что иллюстрирует недостаточную медицинскую информированность жительниц Башкортостана о важности ранней постановки на учет. По уровню образования и социальной занятости также были выявлены достоверные различия: в первой группе преобладали работающие женщины с высшим образованием, во второй пациентки со средним, средне – специальным образованием и домохозяйки. Число курящих женщин в первой группе оказалось существенно больше, чем в Башкортостане – соответственно 7,96 % и 3,69 % ( $p < 0,05$ ).

Эту закономерность можно объяснить религиозно-национальными особенностями данного региона РФ по сравнению с крупным мегаполисом Уральского региона. Проводился анализ анамнестических данных по гинекологической и соматической патологии между исследуемыми группами беременных женщин [Рис.1.].

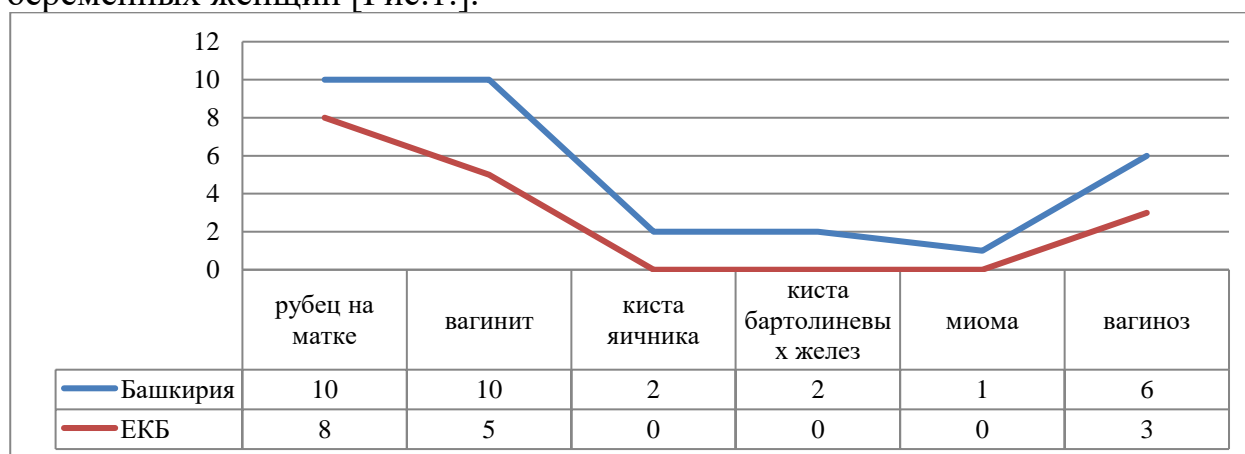


Рис.1. Гинекологические заболевания беременных женщин.

Выявлено достоверное преобладание заболеваний влагалища во второй группе пациенток ( $p=0,067$ ), это можно объяснить недостаточно полным обследованием женщин Башкортостана на этапе прегравидарной подготовки. По частоте встречаемости соматической патологии достоверных различий не выявлено. Тем не менее, следует сделать акцент на том, что хроническая экстрагенитальная патология пациенток второй группы несколько

выше, чем в Екатеринбурге, это так же можно объяснить недостатком широкой и специализированной медицинской помощи в сельской местности Башкортостана.

Анализ высоты стояния дна матки, представленный на гравидограммах беременных женщин, выявил зависимость неблагоприятных исходов беременности и отставанием данного параметра после 28 недели беременности в первой группе пациенток. Во второй группе данная связь не была выявлена (Табл. 1.).

Табл.1. Показатели ВДМ по данным гравидограмм (А – благоприятный исход, Б – неблагоприятный исход).

<b>Группы</b> <b>ВДМ (см)</b>	<b>1 группа (n=35)</b>		<b>2 группа (n=35)</b>	
	<b>А (n=27)</b>	<b>Б (n=8)</b>	<b>А (n=30)</b>	<b>Б (n=5)</b>
22-23 недели	22	22	22	22
28-29 недель	28	26	28	28
32-33 недели	32	30	32	32
36-37 недель	36	34	36	36

Нельзя упустить из внимания и то, что качество ведения данного раздела обменно-уведомительной карты беременной в г. Екатеринбурге было значительно выше и полнее, что может способствовать более ранней коррекции тактики ведения беременности.

#### **Выводы:**

1. Портрет беременной и возможность выявления антенатальных факторов риска беременности с помощью анализа анамнестических данных и показателей гравидограмм в разных регионах Российской Федерации различны.

2. В Башкортостане к антенатальным факторам риска можно отнести большой паритет родов, низкую медицинскую грамотность населения, связанную с недостатком специализированной акушерско-гинекологической медицинской помощи.

3. В Екатеринбурге к антенатальным факторам риска можно отнести аборт, курение женщин, социальная занятость на высокоточных, ответственных должностях, требующих нервно-эмоциональных ресурсов и перенапряжения беременной.

4. Качественное ведение медицинской документации с своевременным анализом гравидограммы и анализом факторов антенатального риска способствует более ранней диагностики и коррекции состояний, ведущих к неблагоприятным исходам беременности.

#### **Список литературы:**

1. Бушуева Э.В. Факторы риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития / Э.В.Бушуева, Т.Г. Денисова, Л.И. Герасимова // Саратовский научно-медицинский журнал – 2010г. – С. 528–530.
2. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. // М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2015. – 1200 с.
3. Задержка роста плода. Врачебная тактика: учебное пособие / под ред. И.О. Макаров, Е.В. Юдина, Е.И. Боровкова. – 3-е изд. – М.: МЕ Дпресс-информ, 2016. – 3 с.

УДК: 618.396

**Самедова О.Р., Санникова А.Ю.  
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СВЕРХРАННИХ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии №1  
Пермский Государственный медицинский университет  
Пермь, Российская Федерация

**Samedova O. R., Sannikova A. Yu.  
ANALYSIS OF RISK FACTORS OF EARLY PREMATURE BIRTH**

Department of obstetrics and gynecology №1  
Perm state medical university  
Perm, Russian Federation

E-mail: ofeliafay@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрена степень влияния различных факторов на риск сверхранных преждевременных родов на примере случаев Пермского Краевого Перинатального Центра.

**Annotation.** The article considers the degree of influence of various risk factors on the occurrence of early preterm labor on the example of women in labor at the Perm Regional Perinatal Center.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, факторы риска, беременность.

**Keywords:** premature birth, risk factors, pregnancy.

**Введение**

По оценкам Всемирной организации здравоохранения ежегодно до 15 миллионов детей рождаются преждевременно, а 1 миллион умирает из-за осложнений, связанных с преждевременными родами (ПР). Особое внимание заслуживают сверхранные ПР, т.е. роды, произошедшие в сроке гестации 22-28 недель, именно эта категория определяет уровень смертности в группе ПР. По данным всемирной организации здравоохранения, на долю недоношенных детей приходится до 60–70% ранней неонатальной смертности, а мертворождаемость